

4. White specks in esophageal mucosa (WSEM): a true endoscopic manifestation of severe eosinophilic esophagitis (EE) in children [abstract] / J. Lim [et al.] // J Pediatr Gastroenterol Nutr. – 2001. – Vol. 33. – P. 411.
5. Markowitz, J.E. Eosinophilic esophagitis / J.E. Markowitz // Gastroenterol Clin North Am. – 2003. – Vol. 32, N 3. – P. 949–966.
6. Noel, R. Eosinophilic esophagitis / R. Noel, P. Putnam, M. Rothenberg // N Engl J Med. – 2004. – Vol. 351, N 9. – P. 940–941.
7. Multiple esophageal rings: an association with eosinophilic esophagitis: case report and review of the literature / C.G. Siafakas [et al.] // Am J Gastroenterol. – 2000. – Vol. 95. – P. 1572–1575.

УДК 618.3:616-009.12:576.31

МОРФОЛОГИЧЕСКИЕ ИЗМЕНЕНИЯ КОМПОНЕНТОВ ФЕТО-ПЛАЦЕНТАРНОЙ СИСТЕМЫ ПРИ ГИПЕРТОНИЧЕСКИХ СОСТОЯНИЯХ БЕРЕМЕННОЙ

Пчельникова Е.Ф., Товсташёв А.Л., Шешко Д.В., Василюк Е.А.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Экстрогенитальная патология беременных заслуживает пристального внимания, т. к. именно фоновая патология ограничивает возможности механизмов адаптации и перестройки в организме беременной. Сочетание артериальной гипертензии (АГ) беременной с гестозом приводят к срыву компенсаторно-приспособительных процессов в системе мать-плацента-плод с развитием признаков хронической недостаточности плаценты и ХГП [1,2,3]. От патоморфолога требуется более обстоятельная и точная количественная оценка анатомических изменений органов плода при наличии той или иной патологии у матери.

Классическим морфологическим критерием для оценки развития плода, состояния его внутренних органов, а также плаценты являются их весовые показатели [3,4]. Особенности гемодинамики в плаценте при АГ матери, по-видимому, создают условия для развития адаптивных и компенсационных изменений со стороны внутренних органов и сердечно-сосудистой системы плода. Мы предположили, что эти изменения могут трансформироваться в патологические отклонения, которые могут быть выявлены при патологоанатомическом исследовании внутриутробно погибших плодов с ХГП.

Цель работы. Используя весовые показатели, изучить изменения в развитии плода, его внутренних органов (сердца, печени, селезенки) и плаценты у доношенных антенатально погибших плодов в связи с общими нарушениями при АГ беременной.

Материал и методы. Исследование выполнено по результатам анализа данных отдела детской патологии Витебского областного клинического патологоанатомического бюро за 2000-2016г.г. Срок гестации плода и плаценты во всех случаях учитывался по клиническим данным. Всего изучено 12 плодов (срок гестации 38- 40 нед.) от матерей с АГ (гипертоническая болезнь, нейроциркуляторная дистония по гипертоническому типу, сочетанный гестоз). В качестве группы сравнения изучено 12 плодов при нормально протекавшей беременности и погибших от острого внутриутробной гипоксии, развившейся в родах вследствие расстройства плацентарно-пуповинного кровообращения (обвитие пуповины, преждевременная отслойка плаценты). Проанализированы абсолютные (г) и относительные весовые показатели: плода, плаценты, печени, сердца, селезенки плода, плацентарно-плодовый коэффициент (ПцПК). Результаты исследования были подвергнуты статистической обработке с вычислением средней арифметической величины (М), средней ошибки арифметической (m) и доверительной разницы между

показателями (р) с учетом доверительной вероятности по критерию Стьюдента-Фишера (Т).

Результаты и обсуждение. Для определения функциональной перестройки кровообращения плода в условиях гипоксии нами были изучены весовые показатели сердца, селезенки и печени плодов, как органов, играющих ведущую роль в компенсаторных процессах обеспечения достаточного кислородного снабжения тканей плода.

Таблица 1 – Абсолютные показатели (весовые значения) исследуемых величин в двух группах антенатально погибших плодов.

Весовые показатели (г)	Исследуемая группа (n=12)	Достоверность различий (Р)	Группа сравнения (n=12)
Плод	2277,5±748,7	<0,007	3295,1±774,6
Плацента	463,6±117,4	=0,22	399,4±132,9
Сердце	13,91±3,6	<0,01	18,25±4,2
Печень	79,91±34,35	<0,0006	144,16±44,4
Селезенка	7,16±4,21	=0,13	9,5±3,14

Так как общий вес сердца у плодов и новорожденных прямо пропорционально зависит от массы тела, для нивелирования зависимости весовых показателей органов от веса плода нами были вычислены относительные показатели: сердечный индекс (отношение веса сердца к весу плода), печеночный индекс (отношение веса печени к весу плода), селезеночный индекс (отношение веса селезенки к весу плода), а также ПцПК - отношение веса плаценты к весу плода.

Таблица 2 – Относительные показатели (весовые значения органов по отношению к весу плода) исследуемых величин в двух группах антенатально погибших плодов.

Относительные весовые показатели	Исследуемая группа (n=12)	Достоверность различий (Р)	Группа сравнения (n=12)	Средние значения для доношенных плодов
ПцПК	0,203	>0,05	0,125	0,11-0,18
Сердечный индекс	0,006±0,001	=0,16	0,005±0,0008	0,0072
Печеночный индекс	0,035	<0,05	0,0451	0,0436
Селезеночный индекс	0,0031	=0,05	0,0025	0,0035

Выводы:

1. При оценке морфофункционального состояния компонентов фетоплацентарного комплекса и внутренних органов антенатально погибших плодов более достоверными и информативными являются относительные весовые показатели (индексы).
2. Использование относительных весовых показателей органов при ХГП выявило достоверное изменение со стороны печени плода в виде ее гипотрофии.
3. Данная патология печени у плодов при ГБ беременной должна учитываться акушерской службой для повышения эффективности антенатальной охраны плода.

Литература:

1. Глуховец, Б.И. Патология последа / Б.И. Глуховец, Н.Г. Глуховец. – СПб., 2002. – 270 с.
2. Милованов, А.П. Патология системы мать-плацента-плод / А.П. Милованов. – М., 1999.
3. Шабалов, Н.П. Детские болезни / Н.П. Шабалов. – СПб.: Питер, 2010. – 1088 с.

4. Болезни плода, новорожденного и ребенка / Е.Д. Черствой [и др.]. – Минск : Выш. шк., 1991. – 477 с.

УДК 616.24-002-053.3

ОСТРАЯ ПНЕВМОНИЯ У ГРУДНЫХ ДЕТЕЙ, МОДИФИЦИРУЮЩИЕ ФАКТОРЫ РИСКА

Рябова Т. М., Жукова Л. И., Зуева О.С.

УО «Витебский государственный медицинский университет»

Введение. Острая пневмония у детей первого года жизни является актуальной проблемой, в связи с высокой частотой встречаемости и серьезными последствиями. Разработка объективных методов прогнозирования развития острых бронхолегочных заболеваний с учетом модифицирующих факторов риска оказывается весьма важной.

Цель. Определение по данным клинико-anamnestического обследования факторов риска развития острых пневмоний у детей первого года жизни.

Материал и методы. Клиническое динамическое наблюдение осуществлялось за 121 ребенком в возрасте от 1 до 6 месяцев, находившимися на лечении в отделении интенсивной терапии и реанимации, в детском инфекционном боксированном отделении УЗ «ВОДКЦ». Средний возраст больных составил $2,6 \pm 1,27$ месяцев. Мальчиков было 74 (средний возраст – $2,6 \pm 1,35$ месяцев), девочек – 47 (средний возраст – $2,5 \pm 1,14$ месяцев).

Обследованные нами дети были разделены на две группы. Первую группу составили 73 ребенка с типичными клиническими проявлениями острой внегоспитальной пневмонии, вторую группу – 48 детей с атипичным течением заболевания.

В качестве контроля обследовано 50 практически здоровых детей в возрасте от 1 до 6 месяцев (средний возраст $2,5 \pm 1,14$ месяцев), которые не болели острыми заболеваниями нижних дыхательных путей. Обработку данных, статистический анализ производили с помощью пакета статистических программ STATISTICA 6.0. Достоверность отличий оценена методом кросстабуляции (2x2) с помощью точного критерия Фишера двустороннего.

Результаты и обсуждение. Клинико-anamnestическое обследование проводили по общепринятым правилам. Особое внимание уделяли наличию модифицирующих факторов заболевания. Анализируя анамнез, мы выявляли ряд эндогенных факторов, неблагоприятно влияющих на характер течения заболевания: отягощенный семейный анамнез по аллергическим заболеваниям и по бронхолегочной патологии, осложненное течение беременности и родов, недоношенность, патология перинатального периода (асфиксия новорожденного, церебральная ишемия, нарушение конъюгации билирубина), аномалии конституции, рахит и другие. Данные о встречаемости экзогенных и эндогенных факторов риска представлены в таблицах 1 и 2.

Таблица 1 – Модифицирующие экзогенные факторы риска у детей с острой пневмонией

Модифицирующие экзогенные факторы	1 группа (n=73)	2 группа (n=48)	Контрольная группа (n=50)	p		
	1	2	3	1-2	1-3	2-3
	Абс. число	Абс. число	Абс. число			
Неблагоприятная микросоциальная среда	23	15	0	0,990	<0,001	<0,001
Плохие квартирно- бытовые условия	25	15	0	0,854	<0,001	<0,001
Пассивное курение	27	19	0	0,861	<0,001	<0,001